

Höhere Franchisen reduzieren Kosten

Hohe Franchisen in der Krankenversicherung führen zu tieferen Gesundheitskosten: Für die Schweiz bestätigt sich dieser erwünschte Effekt. Taktische Wechsel der Franchisenhöhe sind dabei erstaunlich selten. *Boris Kaiser, Michael Gerfin*

Abstract Vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurde in letzter Zeit vermehrt politisch diskutiert, inwieweit das System der Franchisen zur Eingrenzung der Kosten beitragen kann. Eine aktuelle Studie von B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung und der Universität Bern untersucht das Wahl- und Wechselverhalten der Versicherten sowie die kausale Wirkung der Franchisenhöhe auf die Gesundheitskosten. Die Ergebnisse zeigen: Mehrere aufeinanderfolgende Wechsel der Franchise werden nur sehr selten getätigt, sodass kurzfristiges Optimierungsverhalten der Versicherten für die Gesamtkosten kaum von Bedeutung sein dürfte. Weiter zeigt die Studie, dass sich die Franchisenhöhe sehr wohl kostendämpfend auswirkt; der Effekt hängt jedoch entscheidend vom Gesundheitszustand eines Versicherten ab.

Aufgrund von Franchise und Selbstbehalt tragen die Versicherten in der Schweiz einen Teil ihrer Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung selber. Mit der Wahl einer hohen Franchise (bis maximal 2500 Franken) anstelle der Grundfranchise von 300 Franken übernehmen die Versicherten ein höheres finanzielles Risiko im Krankheitsfall, werden dafür aber durch tiefere Prämien entschädigt. Die Grundidee der Kostenbeteiligung in der

Krankenversicherung ist es, ökonomische Anreize dafür zu schaffen, dass die Versicherten bei Bagatellen nicht sofort den Arzt oder den Spitalnotfall aufsuchen und insgesamt mehr Eigenverantwortung wahrnehmen. Auf diese Weise sollen Wahlfranchisen zur Eingrenzung der Gesundheitskosten beitragen.

Die Ausgestaltung des Franchisensystems in der Schweiz hat in der jüngsten Zeit vermehrt für politische Diskussionen gesorgt. Nebst «kurzfristigem Optimierungs-

verhalten» der Versicherten geht es dabei auch um die Kostenwirksamkeit der aktuellen Franchisenstufen und um allfällige negative Folgen bei einkommensschwachen Personen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) haben das Basler Beratungs- und Forschungsunternehmen B,S,S. und die Universität Bern diese Aspekte analysiert.¹

Gesund und einkommensstark

Wie die deskriptiven Ergebnisse unserer Studie zunächst zeigen, entscheiden sich über die Hälfte der Erwachsenen für eine «Wahlfranchise», welche die Grundfranchise von 300 Franken übersteigt. Die höchste Stufe von 2500 Franken wählen 17 Prozent der Versicherten (siehe *Tabelle*).

¹ Gerfin et al. (2017).

Wer eine hohe Franchise wählt, ist tendenziell jung und verdient gut.



KEystone

Personen mit hohen Franchisen sind im Schnitt jünger, haben ein höheres Einkommen und wählen häufiger ein Hausarzt-, Telmed- oder HMO-Modell (Wahlmodelle). Bei Inanspruchnahme und Kosten sind die Unterschiede noch deutlicher: Versicherte mit der Grundfranchise gehen rund viermal häufiger zum Arzt und haben sechsmal höhere Gesundheitskosten als Versicherte mit der höchsten Franchise. Demgegenüber wählen vor allem gesunde Personen, die im Schnitt viel seltener chronische Krankheiten, körperliche Beschwerden oder Aktivitätseinschränkungen haben, eine hohe Franchise.

Nur wenige Versicherte «optimieren» kurzfristig

Die Versicherten haben die Möglichkeit, ihre Franchise jährlich anzupassen. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach argumentiert, dass Versicherte diese Regelung zur kurzfristigen Optimierung ausnutzen, indem sie die Franchise für ein Jahr senken, wenn sie vorübergehend höhere Kosten erwarten – zum Beispiel wegen einer Operation –, und im Anschluss wieder erhöhen. Während es strittig ist, inwieweit dieses Verhalten tatsächlich «unerwünscht» ist, scheint zunächst die Frage von Interesse, wie häufig das unterstellte Verhalten effektiv auftritt.

Unsere Analyse eines Versichertenkollektivs im Zeitverlauf zeigt, dass mehrere aufeinanderfolgende Franchisewechsel nur äusserst selten getätigt werden: Nur 0,17 Prozent der Versicherten senken ihre Franchise und erhöhen diese im Folgejahr wieder. Der umgekehrte Fall – zuerst eine Erhöhung, dann eine Reduktion – ist mit 0,13 Prozent ähnlich häufig. Das unterstellte Optimierungsverhalten bezüglich des Franchisewechsels ist in der Realität somit kaum von praktischer Bedeutung.

Eine ökonometrische Analyse stützt dieses Ergebnis und zeigt: Für eine Anpassung der Franchise sind eher die Höhe der Prämienbelastung und der Wechsel der Prämienkategorie im 26. Lebensjahr ausschlaggebend. Im Zeitverlauf steigen die Kosten zwar bei einer temporären Reduktion der Franchise wie erwartet an (siehe *Abbildung*) – die Kosten dieser Personen bewegen sich aber immer noch auf einem tieferen Niveau als bei den übrigen Versicherten. Anhand der Ergebnisse lässt sich folgern: Wenn die Anpassung der Franchise anstatt jährlich nur alle zwei oder drei Jahre erlaubt wäre, dürften die Kosten deshalb nicht spürbar sinken.

Bahnbrechende US-Studie in den Siebzigerjahren

Zentral ist die Frage der Kostenwirksamkeit: Führen hohe Franchisen effektiv zu geringeren Kosten? Da die Kausalität schwierig festzustellen ist, bietet sich ein Blick in die gesundheitsökonomische Forschung an. Seit Mitte der Siebzigerjahre wird empirisch untersucht, welche Auswirkungen unterschiedliche Formen der Krankenversicherung auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen haben.

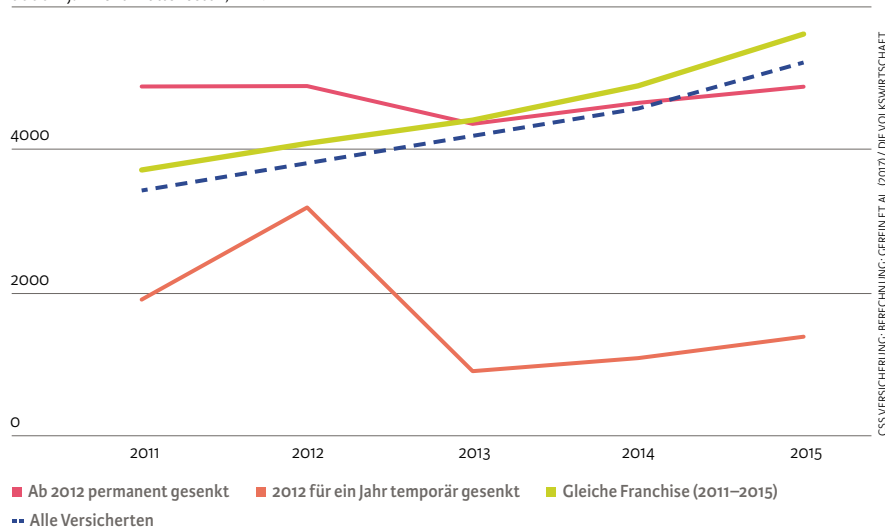
Bahnbrechend dabei war das Rand Health Insurance Experiment in den USA: Zwischen

1974 und 1981 stellte ein Forscherteam unter der Leitung des Gesundheitsökonomen Joseph Newhouse mehr als 5800 Individuen eine Krankenversicherung zur Verfügung, wobei es den Versicherten eine Kostenbeteiligung zwischen 0 und 95 Prozent zufällig zuteilte. Aufgrund dieser Randomisierung wurde sichergestellt, dass der Gesundheitszustand sowie weitere relevante Personenmerkmale in allen Versicherungsformen im Schnitt gleich verteilt waren.

Die Forscher fanden einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Kostenbeteiligung und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. So reduziert eine

Franchisewechsel und Kosten (2011–2015)

6000 Jährliche Bruttokosten, in Fr.



Deskriptive Statistiken nach Franchisenhöhe (Durchschnitte)

Franchise (in Fr.)	300	500	1000	1500	2000	2500	alle
Alter	54,4	57,7	44,2	43,7	40,1	41,1	50,0
Monatliches Äquivalenzeinkommen (in Fr.)	4113	4262	4695	4786	5149	5171	4461
Wahlmodell (Hausarzt, Telmed und HMO, in %)	47,8	45,8	70,7	71,8	88,0	75,5	58,4
Anzahl Arztbesuche pro Jahr	8,5	7,7	4,3	3,2	2,5	2,2	6,1
Bruttoleistungen pro Jahr (in Fr.)	6717	5844	2514	1710	1185	1103	4519
Spitallaufenthalt im Vorjahr (in %)	11,8	10,0	3,8	2,6	1,5	1,2	7,7
Anteil Versicherte (in %)	46,6	13,8	3,5	14,5	4,9	16,5	100,0

Die Zahlen beziehen sich auf Erwachsene ab 19 Jahren.

Preis und Franchise

Bei der Interpretation der Elastizitäten muss beachtet werden: Diese beziehen sich auf den Preis und nicht auf die Franchise selber. Als Preis wird der Anteil der Kosten verstanden, den ein Versicherter bei der Inanspruchnahme der nächsten Leistung tragen muss. Das bedeutet beispielsweise, dass sich für die überwiegende Mehrheit der Versicherten mit einer Wahlfranchise von 2500 Franken der Preis nicht ändern würde, wenn die Franchise erhöht würde, weil ihre jährlichen Kosten meist unter 2500 Franken liegen. Ohne Preisänderung ist bei diesen Personen folglich kein Effekt auf die Kosten zu erwarten.

Erhöhung des Preises um 1 Prozent die Gesundheitsausgaben um 0,2 Prozent. Mit anderen Worten: Die Elastizität der Gesundheitsausgaben bezüglich des Preises beträgt $-0,2$. Als Preis wird dabei der Anteil der Kosten bezeichnet, den ein Versicherter tragen muss (siehe *Kasten*). Ergebnisse in dieser Grössenordnung wurden in einer Vielzahl weiterer Studien gefunden.

Kostenwirksamkeit für die Schweiz bestätigt

In der Schweiz wurde bislang kein vergleichbares Experiment durchgeführt. Das hat zur Folge, dass in den zur Verfügung stehenden Daten der Krankenversicherer systematisch Personen mit guter Gesundheit in den hohen Franchisen übervertreten sind (siehe *Tabelle*). Somit sind die tieferen Gesundheitskosten in den hohen Franchisen nicht nur auf die Wirkung der Franchise, sondern auch auf Selektion zurückzuführen.

Die empirischen Studien für die Schweiz müssen deshalb mit geeigneten Studiendesigns das Problem der Selektion lösen. Drei jüngere Studien tun dies auf unterschiedliche Weise, kommen aber zu vergleichbaren Ergebnissen. So schätzt eine Studie der Gesundheitsökonomin Maria Trottmann, Peter Zweifel und Konstantin Beck aus dem Jahr 2012, dass die Gesundheitskosten von Personen mit hoher Franchise um 29 Prozent höher wären, wenn sie stattdessen eine tiefe Franchise hätten.² Sie verursachen aber immer noch beträchtlich geringere Kosten als die Personen, die tatsächlich eine tiefere Franchise haben.

Zwei weitere relevante Ergebnisse stammen aus eigenen Forschungsarbeiten, die wir zusammen mit Co-Autoren durchgeführt haben. In einer Studie aus dem Jahr 2015 untersuchten wir, wie Personen, die im Verlauf eines Jahres ihre Franchise über-

schreiten, auf den Umstand reagieren, dass sie nur noch maximal 10 Prozent der Kosten selber tragen müssen.³ Dabei zeigte sich: Für Versicherte mit hohen Franchisen sinken die Gesundheitsausgaben nach dem Jahreswechsel, wenn die Franchise wieder bezahlt werden muss, abrupt um 27 Prozent. Dies entspricht einer Elastizität von $-0,2$. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Versicherte bei einer Erhöhung des «Preises» deutlich weniger Gesundheitsleistungen nachfragen.

In einer zweiten Studie vom vergangenen Jahr finden wir, dass die Einführung von Franchisen bei HMO-Versicherten, die vorher gar keine Kostenbeteiligung hatten, die Gesundheitskosten um rund 15 Prozent reduzierte (implizite Elastizität von $-0,15$).⁴ Eine vertiefte Analyse entlang der Verteilung der Gesundheitsausgaben zeigt, dass die Verhaltensänderung bei Personen mit tiefen Kosten deutlich stärker ist (Elastizität von -1) als bei Personen mit hohen Kosten (Elastizität von $-0,1$). Dieses Ergebnis ist hauptsächlich getrieben durch eine markante Zunahme der Personen, die gar keine Leistungen mehr beanspruchen. Auch das Rand-Experiment sowie eine aktuelle Studie aus den USA⁵ kommen zu diesem Schluss. Dabei wird sowohl auf medizinisch wirksame Leistungen (was einen unerwünschten Effekt darstellt) als auch auf wirkungslose Leistungen (erwünscht) verzichtet.

Der Umstand, dass vor allem Personen mit tiefen Kosten auf die Kostenbeteiligung reagieren, legt den Schluss nahe, dass eine Erhöhung der Maximalfranchise nur geringe zusätzliche Kosteneinsparungen generieren dürfte (siehe *Kasten*).

Unerwünschter Leistungsverzicht selten

Inwieweit verzichten Versicherte aber auf notwendige Leistungen, weil sie die Kostenbeteiligung aus finanziellen Gründen nicht tragen können? Welche Rolle spielt die Franchisenhöhe? Eine umfangreiche Erhebung des Bundesamts für Statistik (BFS) deutet darauf hin, dass rund 1 Prozent der Bevölkerung aus finanziellen Motiven auf notwendige medizinische Leistungen verzichtet.⁶ Insbesondere Personen mit tiefen Einkommen und schlechter Zahlungsfähigkeit verzichten im Schnitt häufiger auf Leistungen aus finanziellen Gründen.

In unseren Analysen finden wir jedoch keine Hinweise, dass der Einfluss der Franchisenhöhe auf Leistungsverzicht bei einkommensschwachen Personen signifikant grösser ist als bei besser verdienenden Personen.⁷ Somit dürfte die Franchisenwahl nicht der massgebende Treiber dafür sein, dass bestimmte Personen auf Gesundheitsleistungen verzichten, weil sie diese nicht selber bezahlen können. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es aber zu berücksichtigen, dass die Analysen auf Umfragedaten und damit auf subjektiven Einschätzungen beruhen, was «finanzielle Gründe» und «notwendige Leistungen» jeweils bedeuten.

⁷ Stichprobe von chronisch Kranken in der Schweizerischen Gesundheitserhebung 2012.



Boris Kaiser

Dr. rer. oec., Ökonometriker, B.S.S.
Volkswirtschaftliche Beratung, Basel



Michael Gerfin

Professor für Volkswirtschaftslehre,
Universität Bern

Literatur

- Gerfin, M., Kaiser, B., und Zimmermann, L. (2017). Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise, im Auftrag des BAG; B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung und Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern.
- Aron-Dine, A., Einav, L., und Finkelstein, A. (2013). The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later. *The Journal of Economic Perspectives*, 27(1): 197–222.
- Boes, S. und Gerfin, M. (2016). Does Full Insurance Increase the Demand for Health Care?, *Health Economics*, 25: 1483–1496.
- Gerfin, M., Kaiser, B., und Schmid, C. (2015). Healthcare Demand in the Presence of Discrete Price Changes. *Health Economics*, 24(9): 1164–1177.
- Trottmann, M., Zweifel, P., und Beck, K. (2012). Supply-side and Demand-side Cost Sharing in Deregulated Social Health Insurance: Which Is More Effective?, *Journal of Health Economics*, 31(1): 231–242.
- Brot-Goldberg, Z. A. Chandra, B. Handel, and J. Kolstad (2017). What Does a Deductible Do?, *Quarterly Journal of Economics*: 1261–1318.

² Trottmann et al. (2012).

³ Gerfin et al (2015).

⁴ Boes und Gerfin (2016). Die Versicherten hatten für geraume Zeit eine Vollversicherung, d. h., die Krankenversicherung hat alle Kosten vollumfänglich übernommen.

⁵ Brot-Goldberg et al. (2017).

⁶ Silc-Erhebung 2010 bis 2014.